

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

127

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Philippe Jacques LUTERAAN

Né le 3 Aout 1910, à Amsterdam (Pays-Bas)

PHLEGMONS CERVICAUX

PÉRILARYNGÉS

D'ORIGINE PHARYNGO-LARYNGÉE

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Philippe Jacques LUTERAAN

Né le 3 Aout 1910, à Amsterdam (Pays-Bas)

PHLEGMONS CERVICAUX

PERILARYNGES

D'ORIGINE PHARYNGO-LARYNGÉE

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcleux, 29

1941



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	GIROUD Histologie.
BARIETY Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.	HALPHEN Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.	JOANNON Hygiène.
BONNET Bactériologie.	LACOMME Obstétrique.
BOULANGER Chimie.	LANTUEJOUL .. Obstétrique.
BOULIN Pathologie médicale.	LAVIER Parasitologie.
BROUET Pathologie médicale.	LELONG Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	LEMAIRE Pathologie expérimentale.
CACHERA Pathologie médicale.	LENEGRE Pathologie médicale.
CORDIER Anatomie.	Mlle J. LEVY ... Pharmacologie.
COSTE Pathologie médicale.	MARCHAL Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.	MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
DELARUE Anatomie pathologique.	MOLLARET ... Pathologie médicale.
DELAY Pathologie médicale.	MOUQUIN Pathologie médicale.
DEGREZ (H.) ... Physique.	PATEL Pathologie chirurgicale.
DESOILLE Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
DIGONNET Obstétrique.	RENARD Ophtalmologie.
DOGNON Physique.	RICHET Physiologie
FEVRE Pathologie chirurgicale.	SENEQUE Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO. Pathologie chirurgicale.	SICARD Pathologie chirurgicale.
GALLIARD Parasitologie.	SOULIE Pathologie médicale.
GARCIN Pathologie médicale.	SUREAU Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS, Anatomie pathologique.	TURPIN Pathologie médicale.
DE GENNES Pathologie médicale.	WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN Anatomie pathologique.
BUSQUET Pharmacologie.	LE LORIER Obstétrique.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
GUENIOT Obstétrique.	PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
LAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
ATHALA		CADENAT	
HABROL		FEY	
HEVALLIER ..		GATELLIER	
ONZELOT		de GAUDART ..	
UVOIR		d'ALLAINES ..	
ASTINEL		LEVEUF	
AROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
IAN		MOURE	
OREAU		QUENU	
EZARY			
	MM.		
	EGALLE	Clinique obstétricale.	
	METZGER		
	PORTES		
	VIGNES		

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT ,agrége Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DES TROUPES DE TUNISIE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

A MON MAITRE,

MONSIEUR DE DOCTEUR LOUIS LEROUX

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Bichat
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré cette
thèse et qui a bien voulu nous
fournir les éléments nécessaires
pour sa réalisation.*

*Toute notre reconnaissance
respectueuse.*

PHLEGMONS CERVICAUX PÉRILARYNGÉS D'ORIGINE PHARYNGO-LARYNGÉE

AVANT-PROPOS

Les phlegmons cervicaux périlaryngés d'origine pharyngo-laryngée sont relativement peu fréquents, mais tirent leur intérêt général et particulier des faits suivants :

— leur origine pharyngo-laryngée, consécutive à une angine grippale, l'origine pharyngo-laryngée continue à se traduire au cours de l'évolution par l'association aux signes extérieurs cervicaux de signes endolaryngés;

— ils réalisent une véritable entité clinique et se distinguent nettement des suppurations péripharyngo-laryngées telles qu'on définit celles-ci;

— leur allure clinique et évolutive est diverse : certaines ont une allure aiguë, d'autres ont une allure subaiguë, ce qui explique la difficulté parfois de leur diagnostic; mais dans tous les cas que nous relatons, le pronostic a été favorable et l'affection a guéri sans séquelles.

DEFINITION

L'appellation de phlegmons cervicaux périlaryngés d'origine pharyngo-laryngée définit entièrement cette variété d'affection inflammatoire du cou.

Ils sont caractérisés au point de vue anatomique et au point de vue clinique par trois ordres de signes :

— des signes cervicaux : inflammation ou suppuration développée en avant ou sur les côtés du larynx et qui est le symptôme dominant, attirant souvent seul l'attention au début;

— des signes endolaryngés, surtout à type d'œdème et siégeant en règle au niveau de la margelle laryngée, à savoir les aryténoïdes et les replis aryténo-épiglottiques; ces signes endolaryngés sont ou une découverte d'examen, ou bien ils donnent lieu à quelques troubles fonctionnels discrets, plus rarement ces signes endolaryngés sont importants et donnent lieu à des manifestations fonctionnelles importantes par extension de l'œdème au niveau de la glotte et de la luette;

— des signes pharyngés enfin : angine banale dans les antécédents ou simple rougeur du pharynx à l'examen.

OBSERVATIONS

Avant d'aborder l'étude anatomique, étiologique, clinique et thérapeutique de phlegmons cervicaux périlaringés d'origine pharyngo-laryngée, nous présenterons les observations sur lesquelles nous étairons cette étude.

Deux de ces observations sont inédites et sont dues à notre Maître, le Docteur LEROUX, Chef de service à l'hôpital Bichat.

OBSERVATION I.

Le malade, Cham... Jean-Louis, 27 ans, entre le 25 novembre à l'hôpital Bichat.

Aucun antécédent pathologique spécial.

Il a présenté 15 jours auparavant une angine banale et depuis complètement guérie.

Examen à l'entrée :

Le malade vient surtout consulter pour le gonflement de son cou apparu quelques jours auparavant. Les signes fonctionnels sont peu accusés : douleur au niveau de la région atteinte, un peu de dysphagie, une dysphonie légère et, à l'examen physique, on constate :

1° Une volumineuse collection latéro-cervicale supérieure gauche avec fluctuation nette.

2° Une simple rougeur de la paroi postérieure du pharynx à l'examen du pharynx.

3° A l'examen laryngoscopique, un léger œdème du repli ary-tène épiglottique gauche sans plus.

Intervention aussitôt pratiquée (anesthésie locale) :

Incision latéro-cervicale oblique en avant du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien gauche et s'arrêtant au-devant de la membrane thyro-hoïdienne; issue d'une quantité abondante de pus bien lié; la collection se poursuit sous le sterno-cléïdo-mastoïdien vers la région sous-maxillaire gauche; drainage par faisceau de crins et mèches imbibées de sérum antigangréneux dans la cavité de l'abcès.

Pendant 2 jours, injection de 80 cc. de sérum antigangréneux.

On supprime le drainage et les mèches 4 jours plus tard et le malade guéri quitte l'hôpital.

Il n'y eu au cours de l'évolution ni fièvre ni atteinte de l'état général.

On relève dans cette observation les faits caractéristiques suivants :

— Au point de vue étiologique une angine banale dans les antécédents immédiats;

— A l'examen la coexistence d'un abcès cervical et de signes laryngés homo-latéraux, la prédominance des signes cervicaux sur les signes laryngés qui auraient pu passer inaperçus s'ils n'avaient été systématiquement recherchés;

— A l'intervention l'abcès est situé sous le plan du sterno-cléïdo-mastoïdien mais pré et latéro-laryngé et au-devant de la membrane thyro-hyoïdienne, avec un prolongement vers la région sous-maxil-

laire gauche. Fait capital, il n'y a pas de lésions des cartilages laryngés.

Enfin, l'évolution a été simple et l'affection a été relativement bénigne.

OBSERVATION II.

Le malade Gé... Léonce, 42 ans, est entré le 24 décembre 1940 à l'hôpital Bichat.

Aucun antécédent pathologique spécial; et ce malade a présenté, comme le précédent, une angine banale environ 3 semaines auparavant et depuis complètement guérie.

Le malade, qui vient consulter pour une tuméfaction cervicale accompagnée de quelques troubles fonctionnels, accuse une douleur pré-laryngée et une gêne légère à la déglutition.

A l'examen :

— Extérieurement, empâtement cervical formant carapace, masquant le cartilage thyroïde et s'étendant largement sur le côté gauche du cou;

— L'examen au miroir montre un effacement de la fossette glosso épiglottique *droite* qui est rouge et présente un point acuminé; il y a un léger œdème de l'aryténoïde droite et du repli aryténo épiglottique droit.

Le traitement prescrit est : inhalations, pulvérisations laryngées, vaccin de Bruschetti.

Le 25 décembre :

On ponctionne au galvanocautère le point acuminé de la fossette glosso-épiglottique droite, il n'y a pas issue de pus.

Du 25 au 29 décembre :

Le gonflement cervical augmente surtout sur la ligne médiane; un point de fluctuation apparaît localisé au niveau de la ligne médiane préaryngée; au point de vue aryngé, les choses restent en l'état.

Le 29 décembre :

Le Docteur LEROUX pratique une incision médiane verticale au niveau de la tuméfaction préaryngée : issue d'une quantité abondante (un verre à Bordeaux environ) de pus bien lié. Le cartilage thyroïde n'est pas à nu dans le fond de la poche. La pointe de la sonde cannelée ne rencontre en aucun point de cartilage dénudé, mais remonte le long d'un décollement latéro-pharyngé gauche s'étendant jusqu'à l'os hyoïde. L'exploration de la poche sur une longueur de 9 à 10 cm. montre celle-ci profonde sous le sterno-cléido-mastoïdien.

Drainage aux crins qui sont enlevés 3 jours plus tard.

Guérison complète, et le malade sort le 6 janvier de l'hôpital.

Il n'y a eu au cours de l'évolution ni fièvre, ni atteinte de l'état général.

On relève dans cette observation les faits caractéristiques suivants :

1° Au point de vue étiologique, angine banale dans les antécédents immédiats;

2° A l'examen la coexistence d'un abcès cervical et de signes aryngés; il y a prédominance des signes extérieurs cervicaux sur les signes endaryngés relativement discrets et qui ne se modifient pas au cours de l'évolution; ces signes endaryngés sont du type « œdème de la margelle aryngée ».

Mais il y a deux points particuliers dans cette observation :

a) Les signes endolaryngés sont croisés d'avec les signes extérieurs cervicaux ;

b) Il y a atteinte de la fossette glosso-épiglottique, et on pouvait penser qu'il s'agissait d'une affection voisine : le phlegmon de la loge hyo-thyro-épiglottique.

3° Au point de vue évolutif, l'abcès d'abord préaryngé et latéro-pharyngé évolue progressivement vers la ligne médiane.

4° L'abcès est sous-aponévrotique, profond par rapport au sterno-cléido-mastoïdien, mais superficiel par rapport à la membrane thyro-hyoïdienne et par conséquent par rapport à la loge hyo-thyro-épiglottique.

5° A l'intervention, on remarque encore l'absence de lésions des cartilages laryngés.

6° Enfin, comme dans le cas précédent, la guérison complète a été obtenue par la simple incision de l'abcès.

OBSERVATION III.

Cette observation concerne un malade que MOULONGUET et DONIOL présentèrent en 1931 à la Société d'oto-rhino-laryngologie sous le titre : Un cas de « phlegmon ligneux du cou avec poussée d'œdème de la glotte et de la luette ».

« Le malade que nous vous présentons, M. Ans., électricien de profession, est âgé de 40 ans. L'interrogatoire ne révèle aucun antécédent pathologique, pas de diabète, pas de syphilis. C'est dans les derniers jours de septembre que débuta son affection sous forme d'un gonflement dur de la paroi antéro-latérale gauche du cou accompagné d'une douleur légère à la déglutition ; le malade

ne se souvient pas d'avoir présenté à cette époque le moindre traumatisme cutané. Il consulte pour la première fois à l'hôpital Boucicaut. A ce moment il existait une tuméfaction rouge, dure, occupant la paroi antéro-latérale gauche du cou, large comme une paume de main, approchant en avant, mais sans l'atteindre de la ligne médiane, appuyée en bas de la clavicule, séparée en haut par un intervalle de 2 travers de doigts de la branche horizontale du maxillaire inférieur. En arrière, le doigt plié en crochet pouvait s'insinuer sous cette tuméfaction; en avant, la tuméfaction était collée aux plans profonds sur laquelle on ne pouvait la mobiliser. Il existait une certaine rougeur de la paroi pharyngée. Pas d'altération de l'état général; température oscillant entre 37° et 37° 5.

Malgré les gargarismes et les enveloppements chauds, la tuméfaction s'étendait et le 8 octobre atteignait le maxillaire inférieur en haut et la ligne médiane en avant. A ce moment on porte le diagnostic de phlegmon ligneux du cou, et l'on fait au malade une série de 6 injections de vaccin tétravalent de Pasteur.

Le 3 novembre, on constate un ramollissement superficiel de la partie antéro inférieure du placard ligneux. Un drainage filiforme en ce point évacue un liquide séro-purulent; au bout d'une dizaine de jours cette suppuration se tarit sans que les caractères du placard ligneux se soient le moins du monde modifiés.

Le 21 novembre, on est frappé par le changement d'aspect du malade qui est fatigué, courbaturé et se plaint de douleurs à la déglutition; sa température atteint depuis 3 jours 38°. On constate que la paroi latérale pharyngée gauche est rouge, tuméfiée, légèrement œdémateuse. Cette tuméfaction descend jusque dans la gouttière pharyngo-laryngée. Le malade est hospitalisé.

Le 23 novembre, le malade se plaint d'une violente dysphagie

qui rend l'alimentation à peu près impossible; la respiration est difficile; la luette est transformée en une grosse boule œdémateuse qui remplit l'oro-pharynx et appuie sur la base de la langue. Sous anesthésie locale on ampute la luette au serre-nœud. La laryngoscopie est alors possible et l'on constate qu'un gonflement latéral gauche du pharynx refoule le larynx vers la droite; l'aryténoïde est fortement tuméfié, rouge, œdémateux.

Le 24 novembre, malgré les pulvérisations chaudes, la dyspnée a augmenté, la température est à 39°; au miroir laryngoscopique, on constate une infiltration œdémateuse de la couronne du larynx; les aryténoïdes notamment sont extrêmement tuméfiés et paraissent bloquer presque entièrement la cavité laryngée, les gouttières glosso-épiglottiques sont comblées par l'infiltration.

Sous l'influence de 3 injections de 3 cc. de propidon, toutes les 48 heures, l'œdème rétrocede rapidement; la dysphagie et la dyspnée disparaissent. Le placard ligneux ne s'est pas développé en superficie, mais paraît avoir gagné en profondeur et en arrière les doigts ne peuvent plus s'insinuer sous lui; là aussi il est collé aux plans profonds. La température est tombée aux environs de 37°5.

Le 3 décembre, devant l'évolution anormale de ce cas, nous nous demandons s'il ne s'agit pas d'une néoplasie profonde et, sous anesthésie locale, nous incisons le placard ligneux en un point qui devait correspondre à l'aile thyroïdienne gauche. Nous cheminons à travers du tissu lardacé où il est impossible de se reconnaître et, à environ 3 cm. de profondeur, nous prélevons un fragment. L'examen de laboratoire montre qu'il s'agit d'un tissu inflammatoire banal sans aucune trace de néoplasie.

Le 29 décembre, le malade qui a déjà quitté l'hôpital depuis 10 jours nous fait constater que le placard ligneux paraît diminuer d'étendue en arrière; et en même temps sa consistance est moins

dure et il existe tout à fait en avant un point fluctuant; une ponction faite à ce niveau ramène un liquide séro-purulent dont l'encement fait pousser du staphylocoque doré. L'examen laryngoscopique montre la rétrocession complète des lésions laryngo-pharyngées.

A partir de ce moment les lésions s'améliorent progressivement, le placard fond petit à petit.

Le 1^{er} février, le cou a repris sa souplesse presque complète; il existe une petite fistulette à la partie antéro inférieure du cou. Le malade a recouvré un état général parfait.

Vous voyez qu'aujourd'hui la guérison en est à peu près complète et le malade ne conserve comme résultat de cette longue maladie qui a duré plus de 4 mois que l'amputation de la luette. »

De cette observation on peut dégager les faits suivants :

1° Au point de vue étiologique, on ne peut incriminer aucune altération cutanée susceptible d'expliquer cette infection; elle paraît donc nettement d'origine pharyngo-laryngée, les atteintes pharyngée et laryngée en témoignent; en outre, on a trouvé du staphylocoque doré dans le pus de l'abcès.

2° Au point de vue clinique, on remarque :

a) Qu'au lieu d'un abcès aigu et nettement circonscrit, on est en présence d'un phlegmon ligneux à évolution subaiguë simulant un cancer du cou à tel point qu'une biopsie a été nécessaire pour trancher un diagnostic hésitant.

b) Que les symptômes laryngés sont plus importants que dans les cas précédents et que l'œdème, loin de se cantonner à tout ou partie de la « margelle laryngée, s'est étendu, un moment donné,

aux gouttières glosso-épiglottiques en avant et à la luette en haut.

c) Qu'il n'y a jamais eu de collection et de fluctuation de ce phlegmon dans sa totalité et que l'évolution s'est opérée progressivement vers la guérison et que l'affection n'a laissé aucune séquelle.

OBSERVATION IV.

Il s'agit plutôt d'une observation résumée rapportée par le Docteur BOURGEOIS à la suite de celle de MOULONGUET à la Société d'oto-rhino-laryngologie; il en sera de même de l'observation suivante due à BOUCHET.

« Il s'agit d'un homme arrivé avec une dysphagie extrême et un peu de dyspnée, un mauvais état général et une tuméfaction ligneuse juxta-laryngée et non complètement indépendante du larynx, mais qui ne suivait pas non plus complètement les mouvements d'ascension du larynx à la déglutition; elle était adhérente sans faire corps avec le larynx. Il avait là sur un seul côté une carapace absolument dure et ligneuse. Quand on l'examinait soit à la laryngoscopie directe, soit à la laryngoscopie indirecte, on ne trouvait qu'une seule chose, c'est un larynx normal; du reste il n'avait pas de troubles de la phonation; mais le larynx était entièrement refoulé et repoussé du côté opposé. Il n'avait aucune altération de la muqueuse sauf peut-être en un certain point quelque chose qui ressemblait à une petite ulcération.

Ce malade, à cause de cette tuméfaction ligneuse, pharyngée, faisait tout d'abord penser à un néoplasme; mais il m'a raconté une histoire assez singulière : le début était relativement récent; il ne datait que de quelques semaines; la déglutition avait été fort douloureuse pendant quelques temps.

Nous avons essayé de faire une biopsie du côté du pharynx, là

où on voyait une petite ulcération; la biopsie ne donna rien du tout. J'ai tenté de faire ce qu'a fait MOULONGUET, c'est-à-dire une incision au niveau du cou, on a trouvé du tissu inflammatoire.

Ce malade qui était rentré chez nous avec une petite température aux environs de 38° a vu céder peu à peu complètement la fièvre. La tuméfaction extérieure a diminué de moitié, il s'est mis à avaler tout à fait normalement. Je crois donc que nous n'avions pas autre chose qu'un phlegmon ligneux du cou développé autour d'une affection latéro-pharyngée assez basse. »

Ce résumé d'observation montre qu'on n'est pas en présence d'une affection univoque, et on peut retenir de ce cas :

1° Que la tuméfaction cervicale ne faisait pas absolument corps avec le larynx.

2° Qu'il n'existait pas de lésions laryngées.

3° Que le diagnostic était difficile avec le cancer par suite du caractère ligneux de l'inflammation et de l'existence d'une ulcération pharyngée.

4° Que l'évolution s'est opérée spontanément vers la guérison sans qu'il n'y ait eu à aucun moment de suppuration même en un point donné.

OBSERVATION V.

(Résumé d'observation du Docteur BOUCHET).

« J'ai vu, il y a 2 ans, une malade qui a présenté un phlegmon ligneux tout à fait comparable à celui du malade de MOULONGUET. C'est une femme qui avait été prise de douleurs dans le cou. Son cou avait gonflé considérablement avec un gros placard induré s'étendant depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la partie basse du

cou, et on lui avait laissé entendre qu'elle avait un néoplasme. Quand elle est venue me trouver, elle redoutait beaucoup la néoplasie et pensait qu'on allait lui faire des rayons. J'ai constaté, comme chez le malade de MOULONGUET, un très gros œdème qui prenait tout l'aqueduc pharyngo-laryngé, remontant le long des piliers postérieurs et atteignant la luette. J'ai été surpris de l'extension de cet œdème, n'ayant jamais vu de néoplasme aussi étendu prenant la luette, le voile, toute la gouttière pharyngo-laryngée. J'ai pensé alors à un phlegmon ligneux du cou; on lui fait du propidon, les phénomènes se sont amendés légèrement, puis reprise 3 semaines après. Cette masse a fondu en 2 mois et tout est rentré dans l'ordre. »

Cette observation est tout à fait comparable à celle de MOULONGUET; elle s'en distingue cependant par 2 points :

— la reprise au bout de 3 semaines marquant l'évolution en 2 temps;

— l'absence d'évolution vers la suppuration même en un point limité.

ETUDE D'ENSEMBLE DES PHLEGMONS CERVICAUX PERILARYNGES D'ORIGINE PHARYNGO-LARYNGEE

Cette étude va comporter plusieurs sous-chapitres :

- 1° Etude anatomique et anatomo-pathologique.
- 2° Considérations sur l'étiologie et les voies de propagation.
- 3° Etude clinique.
- 4° Diagnostic de ces affections.
- 5° Le traitement.

I

ETUDE ANATOMIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE

A) Au point de vue anatomique ces phlegmons se distinguent nettement des suppurations péripharyngo-laryngées telles qu'elles ont été définies jusqu'ici du moins.

Ils sont individualisés par 6 caractères anatomiques essentiels tels qu'ils ressortent des constatations cliniques et opératoires.

a) Ils se développent dans les espaces pré et latérolaryngés.

b) Ils sont relativement profonds, sous-aponévrotiques, c'est-à-dire sous le plan des aponévroses cervicales superficielle et cervicale moyenne unies sur la ligne médiane en un raphé fibreux médian. Rappelons que l'aponévrose cervicale superficielle engaine de chaque côté les muscles sterno-cléido-mastoïdiens, que l'aponévrose cervicale moyenne engaine de chaque côté les muscles thyro-hyoïdiens.

c) Ils sont superficiels par rapport à la membrane thyro-hyoïdienne; rappelons que cette membrane est séparée de la face profonde de l'aponévrose cervicale moyenne par un espace où se développe classiquement la bourse séreuse de Boyer; enfin, fait essentiel, c'est en arrière de la membrane thyro-hyoïdienne que se développent les phlegmons de la loge hyo-thyro-épiglottique qui se distinguent ainsi par leur siège plus profond des phlegmons cervicaux péri-larynges d'origine pharyngo-laryngée.

d) Autre fait essentiel sur lequel insiste notre Maître, le Docteur LEROUX, l'espace où se développent ces phlegmons est indépendant de la gaine des vaisseaux.

e) Notons que dans aucune observation on n'a reconnu d'adénopathie carotidienne ou autre.

f) Enfin, si le point de départ de ces phlegmons sem-

ble être l'espace périlaryngé, le phlegmon peut s'étendre :

- soit en arrière, vers l'espace latéro-pharyngien;
- soit vers le haut, vers l'angle de la mâchoire et la région sous-maxillaire;
- soit en bas, vers la ligne médiane, sous le bord inférieur du cartilage thyroïde.

B) Au point de vue anatomo pathologique, ces phlegmons périlaryngés revêtent 2 types différents :

- le type abcès circonscrit aigu bien collecté;
- le type phlegmon ligneux formant une véritable carapace souvent étendue de tissu inflammatoire et plus ou moins adhérente au larynx; la suppuration est inconstante dans ces phlegmons ligneux; même à l'incision, le tissu lardacé peut faire songer au néoplasme, mais la biopsie lève les doutes.

Au point de vue anatomo-pathologique, insistons encore sur l'absence de lésions périchondrales au niveau des cartilages thyroïde et cricoïde.

II

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE ET LES VOIES DE PROPAGATION

Nous avons vu que cette affection frappait des sujets sans passé pathologique spécial; elle survient donc à titre primitif chez des sujets sains et l'absence de séquelles après guérison vient renforcer cette thèse.

Nous la voyons survenir chez l'adulte.

Elle semble être consécutive à des infections pharyngées grippales souvent discrètes et qui peuvent passer inaperçues.

De toute façon l'origine pharyngo-laryngée paraît certaine pour deux raisons au moins :

— la première est qu'on ne trouve aucune autre porte d'entrée au germe infectieux;

— la seconde est qu'il y a évolution concomitante du phlegmon cervical et de lésions inflammatoires pharyngées et endolaryngées.

Parmi les faits certains, il en est encore un, à savoir que le germe en cause dans ces inflammations ou suppurations paraît être un germe banal, le staphylocoque doré dans un

cas; dans les cas que nous rapportons, le caractère même du pus n'a pas semblé devoir faire retenir l'attention.

Quelles sont les voies de propagation expliquant la détermination d'une infection cervicale à la suite d'une infection pharyngo-laryngée?

Nous ne ferons que citer le cas de FORSCHNER où un abcès pré-laryngé survenu au cours d'une septico-pyochémie fut une trouvaille d'autopsie.

La périchondrite ne semble pas devoir être retenue comme origine possible d'un phlegmon cervical laryngé du moins dans la forme que nous décrivons et qui ne comporte aucune lésion périchondrale.

Y a-t-il propagation de proche en proche par une des voies endo ou exo-pharyngées telles que les décrivent PIQUET et COUMOUA ou encore par la voie du pilier postérieur en suivant les replis pharyngo-épiglottiques; CANUYT et DAULL ont montré l'existence d'œdèmes infectieux du larynx d'origine amygdalienne à la suite de phlegmons du pilier postérieur et qui gagnent de proche en proche les replis aryténo-épiglottiques et les aryténoïdes, réalisant un œdème de la margelle laryngée analogue à celui que nous observons au cours des phlegmons cervicaux périlaryngés d'origine pharyngo-laryngée? Nous ne pensons pas que l'infection se fasse de proche en proche, car dans aucune des observations, nous ne trouvons trace d'un relai infectieux indispensable pour étayer cette théorie.

La plupart des auteurs considèrent que le phlegmon périlaryngé a son origine dans une inflammation ganglionnaire :

— adénite du ganglion crico-thyroïdien ou ganglion de POIRIER selon MARION, MOULONGUET, KERMAN et SCHUGT;

— adénite des ganglions parapharyngés selon WALDAFEL.

On peut objecter à cette théorie ganglionnaire :

1° Que le stade d'adénite n'a jamais été constaté;

2° Que l'inflammation ganglionnaire n'explique pas l'existence de signes laryngés.

En conclusion, on peut admettre :

1° Que l'infection pharyngée tient directement sous sa dépendance l'atteinte laryngée;

2° Que si l'adénite est l'étape habituelle entre l'angine et l'infection cervicale, c'est l'hypothèse la plus vraisemblable quoique non prouvée.

III

ETUDE CLINIQUE DES PHLEGMONS CERVICAUX PÉRILARYNGÉS D'ORIGINE PHARYNGO-LARYNGÉE

1° **Symptômes.**

Les phlegmons cervicaux périlaryngés d'origine pharyngo-laryngée se présentent sous deux grandes formes ou aspects cliniques :

- la forme suppurée aiguë circonscrite;
- le phlegmon ligneux.

A) *Forme suppurée aiguë circonscrite.*

On est en présence d'un malade qui vient consulter pour une tuméfaction du cou et des troubles fonctionnels légers.

A l'interrogatoire, on apprend que le malade a eu une angine les semaines précédentes; cette angine banale, habituellement grippale, est le plus souvent guérie au moment où le malade vient consulter.

Par ailleurs l'installation des symptômes a été progressive.

Les troubles fonctionnels qu'accuse le malade sont ordi-

nairement légers; ils sont de même type que ceux observés au cours des suppurations pharyngo-laryngées ou pharyngo-laryngées classiques, mais beaucoup moins importants.

Le malade accuse :

des douleurs cervicales dans la région laryngée et péri-laryngée, sans caractères spéciaux;

une dysphagie de type pharyngé souvent discrète;

de la dysphonie parfois, seul symptôme laryngé à part la dyspnée exceptionnelle dans cette forme.

L'état général n'est pas atteint; il n'y a pas ordinairement de fièvre.

L'examen physique met en évidence cette triade symptomatique dont nous avons parlé au début.

Au niveau du cou on constate une tuméfaction pré et latérolaryngée formant carapace au niveau du cartilage thyroïde; cette tuméfaction donne une sensation d'empâtement; elle est saillante et un peu douloureuse; il n'y a pas d'altération de la peau à son niveau. Peu à peu cette tuméfaction s'étend souvent vers la ligne médiane où un point de fluctuation apparaît; l'abcès collecté et fluctuant, et ce après seulement quelques jours d'évolution, est mûr pour l'incision.

Le deuxième élément de cette triade symptomatique est l'atteinte pharyngée, elle se traduit souvent au moment où l'on voit le malade par une simple rougeur du pharynx.

Le troisième élément est l'atteinte laryngée; cette atteinte laryngée est caractéristique et constante, elle consiste en œdème de tout ou partie de la margelle laryngée, à savoir des aryténoïdes et des replis aryténo-épiglottiques; il n'y a pas atteinte des cordes vocales et de la région sous-glottique. Ces signes laryngés peuvent être homolatéraux ou croisés par rapport aux symptômes cervicaux; dans un cas l'œdème s'étendait en avant à une fossette glosse épiglottique.

B) *Le phlegmon ligneux* présente un début plus insidieux et plus progressif.

Le malade vient consulter à la fois pour un empâtement du cou et des troubles fonctionnels.

Les troubles fonctionnels sont ici parfois plus importants, surtout en ce qui concerne les troubles proprement laryngés, à savoir la dysphonie et la dyspnée qui, dans le cas du malade de MOULONGUET, a pu être véritablement inquiétante; l'atteinte laryngée est d'ailleurs plus conséquente dans ces cas que dans la forme décrite précédemment.

L'état général est peu altéré et la fièvre n'apparaît que lors d'une recrudescence des symptômes.

A l'examen physique, on retrouve la triade symptomatique :

— les signes extérieurs cervicaux consistent dans le phlegmon ligneux, véritable carapace inflammatoire péri-

laryngée noyant les méplats et les reliefs normaux de la saillie laryngée, adhérente sans faire absolument corps avec le larynx, comme y insiste BOURGEOIS, on ne peut cependant la mobiliser sur les plans profonds (MOULONGUET) ; elle s'étend progressivement d'un ou des deux côtés du cou, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la clavicule ; cette tuméfaction indolente ou peu douloureuse est d'une dureté ligueuse pseudo-néoplasique et c'est un caractère capital sur lequel insistent tous les observateurs ; si on joint à cette dureté et à cette indolence le fait que la tuméfaction est mal limitée en profondeur et en superficie, on conçoit que le diagnostic avec le cancer ne peut souvent être tranché que par la biopsie.

2° Les symptômes endolaryngés sont par contre analogues à ceux que nous avons décrits dans la forme précédente : même localisation à la margelle laryngée, même type œdémateux des lésions ; mais l'atteinte laryngée est souvent plus importante et plus étendue dans cette forme ; l'œdème des replis aryéno-épiglottiques et surtout des aryénoïdes peut réaliser une forme spéciale d'œdème de la glotte ; insistons encore sur ce fait qu'il n'y a pas participation des cordes vocales et de la région sous-glottique ; par contre l'œdème peut s'étendre en avant vers les fossettes glosso-épiglottiques et en haut vers les piliers postérieurs du voile et la luette.

3° Les symptômes pharyngés consistent en rougeur du

pharynx avec souvent gonflement latéral refoulant le larynx du côté opposé.

2° L'évolution.

L'évolution achève la différenciation de ces deux formes de phlegmons périlaryngés.

— la forme suppurée aiguë circonscrite évolue en quelques jours; après incision de l'abcès, la guérison est immédiate;

— le phlegmon ligneux évolue en plusieurs semaines ou en plusieurs mois avec des alternatives d'amélioration et de recrudescence, liées à des poussées inflammatoires souvent en rapport avec une recrudescence des signes pharyngolaryngés :

Dans un premier ordre de cas, le phlegmon ligneux peut suppurer, mais cette suppuration n'est localisée qu'en quelques points du placard phlegmonneux.

Dans un second ordre de cas, il n'y a jamais de suppuration même localisée, et l'évolution se fait lentement vers la guérison.

Donc, évolution en règle favorable des phlegmons périlaryngés; et nous insisterons sur 2 points en particulier de cette évolution :

L'absence d'évolution de l'infection vers la profondeur; on n'observe pas d'atteinte des cartilages laryngés, de fusée vers la loge hyo-thyro-épiglottique, d'atteinte vasculaire;

En second lieu, la guérison est complète, sans séquelles.

IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif repose sur les éléments suivants :

1° Début en apparence primitif, ou par une angine, du phlegmon périlaryngé.

2° La triade symptomatique que nous avons décrite.

3° L'absence de lésions des cartilages laryngés à l'intervention si on est amené à intervenir, et la guérison sans séquelles.

Peut-être dans un avenir proche, la radiographie et la tomographie du larynx pourront-elles fournir d'autres éléments précieux de diagnostic ?

Le diagnostic différentiel présente des difficultés diverses suivant les cas.

En premier lieu, il faut différencier ces phlegmons périlaryngés des affections de voisinage.

En second lieu, il convient de les différencier des affections de même siège.

Parmi les affections de voisinage, nous retiendrons sans y insister : l'angine de LUDWIG, les strumites, les fusées

purulentes au cours d'un ostéo phlegmon du maxillaire inférieur, les adéno-phlegmons sous-sterno mastoïdiens, la cellulite du cou. On élimine aisément :

L'angine de Ludwig et toutes les variétés du phlegmon du plancher de la bouche en sachant toutefois que certaines fusées purulentes d'un phlegmon cervical vers la région sous-maxillaire peuvent s'accompagner d'induration inflammatoire de la région correspondante du plancher de la bouche.

Les fusées purulentes au cours d'un ostéo-phlegmon du maxillaire qui peuvent avoir même localisation.

Les strumites, surtout si elles sont suppurées; mais les antécédents ne sont pas les mêmes; la tuméfaction plus basse reproduit en gros la forme du corps thyroïde et ascensionne avec la trachée au cours des mouvements de déglutition; les signes fonctionnels sont plus intenses dans le cas de strumite; enfin s'il s'agit de strumite de glandes thyroïdes aberrantes, le siège de la suppuration est profond.

Les adéno-phlegmons carotidiens sont plus latéraux, respectant l'espace périlaryngé; certains auteurs (LAPOUGE) ont rappelé l'importance et la fréquence des complications ganglionnaires cervicales au cours de certaines épidémies de grippe; et l'on a vu le rôle attribué au système lymphatique dans la pathogénie des phlegmons périlaryngés.

La cellulite du cou peut se développer à la suite d'une angine.

PIQUET en fournit un exemple typique :

« Il s'agit d'un homme de 33 ans qui, après une angine, fut atteint d'un abcès périamygdalien, puis d'une suppuration latéropharyngienne qui s'étendit à toute la région cervicale et au tissu cellulaire sous-cutané de la paroi thoracique dans sa moitié antérieure (strepto, anaérobies et perfringens). La mort survint en 3 semaines malgré une intervention précoce et une sérothérapie intensive. »

Cette observation a l'intérêt de montrer l'une des voies que peut suivre une infection d'origine pharyngo-amygdalienne pour s'étendre au cou.

Mais au point de vue diagnostic différentiel, on aura surtout à envisager les affections suivantes, parfois difficiles à différencier des phlegmons périlaryngés parce qu'elles ont même localisation.

Parmi les affections de même siège :

1° Il en est deux qui sont à différencier du phlegmon ligneux du cou, ce sont :

— les cancers primitifs du cou et plus spécialement l'épithélioma branchial ;

— l'actinomycose du cou.

2° Les autres affections de même siège présentant surtout un intérêt au point de vue oto-rhino-laryngologique ; ce sont :

— les kystes du tractus thyro-glosse ;

- les adénopathies pré-laryngées;
- les suppurations péripharyngo-laryngées.

Le cancer branchial présente un début insidieux; c'est par hasard que le malade s'aperçoit de l'existence au-dessous de l'angle de la mâchoire ou dans la région hyoïdienne d'une petite tumeur dure, indolente, d'abord mobile, qui ne tarde pas à s'accroître et à se fixer; plus rarement le malade accuse dès le début des douleurs irradiées. Au début, « le diagnostic d'épithélioma branchial est probable quand on est en présence d'une tumeur maligne de la région carotidienne ayant tous les caractères d'un cancer secondaire des ganglions et qu'on ne peut trouver le néoplasme primitif » (VEAU).

Bientôt, le néoplasme a largement envahi tout un côté du cou et forme une masse irrégulière, bosselée, sous-jacente au sterno-cloïdo-mastoïdien; ses adhérences l'immobilisent plus ou moins; dès le début, sa mobilité verticale est limitée par l'adhérence à la veine; plus tard sa fixité est complète.

La consistance du néoplasme est très variable : généralement dure, elle devient, parfois, surtout dans les grosses tumeurs, molle et pseudo-fluctuante, au point qu'on a cru plusieurs fois à un abcès et fait une incision. Dans quelques cas la tumeur était soulevée par les battements de la carotide.

La peau reste longtemps normale, ne présentant que

quelques dilatations veineuses superficielles; elle finit enfin par adhérer au néoplasme, mais l'ulcération en est tardive et manque dans la plupart des cas.

Les signes fonctionnels qui diffèrent d'un cas à l'autre indiquent tous la compression des nerfs ou des viscères du cou.

L'épithélioma branchial qui est presque exclusivement une maladie de l'homme évolue très rapidement.

En résumé, on voit que dans certains cas le diagnostic peut être hésitant entre phlegmon ligneux et épithélioma branchial, et la biopsie rendue nécessaire.

L'actinomycose du cou se présente comme une large plaque indurée, de consistance ligneuse, à limites diffuses, adhérente aux plans profonds. Par endroits, cette plaque se ramollit et un petit foyer de suppuration apparaît, qui s'ouvre et se fistulise.

Jamais les ganglions ne sont augmentés de volume.

La nature exacte de l'affection ne peut être affirmée que si l'on constate la présence du parasite dans le pus; le diagnostic est autrement quasi impossible d'avec le phlegmon ligneux.

D'autres affections ayant même siège présentent surtout un intérêt au point de vue oto-rhino-laryngologique; la différenciation est parfois malaisée d'avec les phlegmons péri-laryngés d'origine pharyngo-laryngée.

Les kystes du tractus thyro-glosse.

Ce sont des kystes congénitaux liés à la persistance du canal thyro-glosse de Bochdaleck sous forme d'un tractus fibreux unissant le foramen cæcum à l'ébauche médiane du corps thyroïde.

Ils peuvent passer inaperçus au moment de la naissance ; ils augmentent de volume soit au cours de la première année, soit avant la puberté, soit plus rarement chez l'adulte.

Ces kystes peuvent occuper tout ou partie du tractus thyro-glosse.

Ils sont indolents ; cependant ils peuvent lors d'une poussée d'accroissement occasionner des troubles légers de la déglutition, voire de la respiration.

Ils peuvent s'enflammer et suppurer (VERCHÈRE et DENUCÉ) ; le diagnostic est particulièrement difficile dans ce cas ; une observation typique en est rapportée par ILL :

« Cette malade, en 1915, présentait une tuméfaction volumineuse de toute la région périlaryngée et sous-hyoïdienne. Cette tuméfaction semblait adhérer à l'os hyoïde, elle grossissait et donnait des réactions cutanées, disparaissait, apparaissant à nouveau, étant excessivement douloureuse et gênant la déglutition. La malade a été consultée dans plusieurs hôpitaux, on a pensé à un goître suppuré, on a pensé à un ganglion prétrachéal, on a pensé à une lésion tuberculeuse réchauffée partie de l'os hyoïde ou du corps thyroïde,

le diagnostic paraissant évidemment très difficile. J'ai eu la chance de pouvoir le faire parce que, au cours de l'examen, la malade m'a dit : « quand on m'appuie là, il me vient un goût salé dans la bouche ». Immédiatement, j'ai pensé à un kyste du tractus thyro-glosse; j'ai regardé le foramen cæcum qui n'était pas fermé; il en sortait, quand on appuyait, quelques gouttes d'un liquide jaunâtre à la base de la langue. »

L'adénite pré-laryngée est plus exactement l'inflammation du ganglion situé au devant de la membrane crico-thyroïdienne et drainant les lymphatiques de la partie antérieure de la région sous-glottique; ce ganglion est encore appelé ganglion de POIRIER.

ARDOLIN, et plus récemment COLLET ont attiré l'attention sur l'importance sémeïologique de l'adénopathie pré-laryngée qui peut être révélatrice ou confirmer une tuberculose laryngée, voire un cancer du larynx.

Dans un cas publié par COLLET, cette adénopathie pré-laryngée tuberculeuse a pu être le point de départ d'un abcès froid pré-laryngé.

L'examen laryngoscopique a dans tous les cas une importance capitale démontrant l'existence de lésions laryngées de nature tuberculeuse ou cancéreuse.

Au point de vue pathogénique, on a vu le rôle attribué à l'inflammation du ganglion de POIRIER dans la genèse des abcès périlaryngés.

Les suppurations péripharyngo-laryngées ont été étudiées et définies dans le rapport de TRUFFERT et VIÉLA au Congrès d'oto-rhino-laryngologie de 1934.

Ces auteurs les définissent des suppurations au niveau du laryngo-pharynx dans la loge viscérale que constituent les aponévroses du système jugulo-carotidien entre l'os hyoïde et l'origine de la trachée.

Ils distinguent trois ordres de suppurations péripharyngo-laryngées :

- les suppurations de la loge hyo-thyro-épiglottique ;
- les suppurations des cartilages laryngés ;
- les abcès rétro-laryngo-pharyngiens.

Les deux premières catégories posent seules un diagnostic différentiel d'avec les phlegmons périlaryngés d'origine pharyngo-laryngée.

Les suppurations de la loge hyo-thyro-épiglottique sont voisines des suppurations périlaryngées avec lesquelles il importe de ne pas les confondre.

Elles siègent dans la loge hyo-thyro-épiglottique. Cette loge, bien décrite par TRUFFERT et VIÉLA, est triangulaire à sommet inférieur fortement tronqué sur une coupe frontale, triangulaire à sommet inférieur sur une coupe verticale paramédiane, en croissant à concavité postérieure sur une coupe horizontale.

Elle est limitée par :

une paroi antérieure : la membrane thyro-hyoïdienne ;

une paroi postérieure: la face antérieure de l'épiglotte;

un toit: la membrane hyo-thyro-épiglottique;

deux bords latéraux obliques en bas et en dedans constitués par l'accolement de la muqueuse qui revêt le fond de la gouttière pharyngo-laryngée avec la membrane thyro-hyoïdienne et la lame latérale du cartilage thyroïde.

En fait, mal délimitée sur ses bords, une collection qui se développe dans cette loge peut fuser vers la région sous-maxillaire profonde.

Cliniquement, après un début progressif dans la forme suppurée circonscrite la plus fréquente, à la période d'état, les signes sont les suivants :

Signes fonctionnels :

— douleur « au fond de la gorge », dysphagie, dysphonie, dyspnée avec atteinte marquée de l'état général.

Au niveau du cou:

— d'abord empâtement à peine douloureux, mais effaçant déjà les deux berges de l'espace thyro-hyoïdien;

— puis phénomènes phlegmonneux avec déformation de la région noyant l'espace thyro-hyoïdien et le camouflant par une véritable carapace inflammatoire avec parfois induration de la partie postérieure du plancher buccal correspondant à la région sous-maxillaire profonde.

A l'examen laryngoscopique:

— effacement progressif des fossettes glosso-épiglotti-

ques qui font place à une voussure de caractère nettement inflammatoire et séparée de la face antérieure de l'épiglotte par un sillon pré-épiglottique profond; et si la fistulation se produit, on observe un orifice latéral situé à égale distance du V lingual et de l'épiglotte et donnant du pus si on comprime la paroi antérieure de la loge.

Dans les phlegmons périlaryngés, le siège anatomique et la symptomatologie sont voisins, mais :

l'inflammation siège au-devant de la membrane thyro-hyoïdienne;

les signes fonctionnels sont moindres et l'état général moins touché en général;

les signes extérieurs cervicaux sont plus importants; par contre les signes endolaryngés sont différents et moins accentués;

l'évolution est relativement bénigne.

Les suppurations développées aux dépens des cartilages laryngés peuvent encore avoir une symptomatologie voisine si elles sont développées aux dépens des cartilages thyroïde et cricoïde, ce qui explique la difficulté de leur diagnostic d'avec l'affection qui nous occupe.

Ces suppurations des cartilages laryngés sont en général secondaires (tuberculeuses, syphilitiques, secondaires au cours de maladies infectieuses ou néoplasiques), plus rarement primitives; pour montrer la difficulté de leur diagnos-

tic et l'analogie symptomatique d'avec les phlegmons péri-laryngés nous en rapporterons deux exemples :

OBSERVATION I. — WORMS:

« Phlegmon ligneux du cou et périchondrite syphilitique du cartilage thyroïde. »

« Je voudrais vous présenter très brièvement ce malade qui est entré dans mon service au mois d'octobre dernier pour une tuméfaction assez dure, très ferme, qui occupait la région paralaryngée droite, et qui était apparue presque sans cause connue quelques semaines auparavant. On pouvait évidemment évoquer une poussée de pharyngite et même d'angine, avec un très léger degré de dysphagie. Cette tuméfaction donnait l'impression d'une adénite avec périadénite, d'une allure un peu particulière. Nous l'avons traitée par des pensements humides et désinfection pharyngée, mais ces soins ne suffirent pas à faire résorber cette infiltration. Au contraire, les choses allèrent en évoluant sous nos yeux, et petit à petit, on voit le processus inflammatoire, presque à froid, température 37°, 37° 5, s'étendre à toute la région cervicale, et même envahir jusqu'au niveau de la région sternale, toujours dans les plans mous, sans aucune atteinte sous-jacente, avec des points de départ toujours ignorés.

La tuméfaction alla jusqu'à prendre des proportions dont vous pouvez juger par ces photographies.

A un moment donné, une tendance à l'abcédation s'étant produite, on en vint à inciser le tissu, et il sortit un peu de sang avec du pus séro-sanguinolent que l'examen bactériologique a montré absolument stérile. On fit une biopsie sur les tranches de section de la

poussée inflammatoire, on fit du propridon pour essayer d'arrêter le processus évolutif. Changement de température, 39° 5, sans aucun retentissement sur l'évolution des lésions.

Sur ces entrefaites, me rappelant un malade analogue que j'avais observé au Val-de-Grâce, je fais faire une radiographie du larynx et une réaction de Bordet qui fut positive. Le larynx montre l'image suivante tout à fait caractéristique des lésions du cartilage thyroïde. Je dois dire que rien laryngoscopiquement, ni cliniquement n'avait attiré mon attention du côté du larynx, l'examen laryngoscopique était absolument muet.

Nous avons fait un traitement spécifique immédiat, 18 injections de cyanure avec iodure : 6 gr. par jour. A la 3^e ou 4^e injection immédiatement les phénomènes ont évolué vers la rétrocession. Je vous présente le malade pratiquement guéri.

Je voudrais de cette observation tirer les conclusions suivantes : c'est que, en présence d'un processus envahissant, serpigneux, représentant en somme un phlegmon ligneux presque apyrétique, dont la cause paraît ignorée, dont l'origine pharyngée ne s'affirme pas nettement, il faut toujours penser à la spécificité et rechercher si les cartilages laryngés ne sont pas à l'origine du processus ligneux. »

La spécificité était exclue dans les observations que nous rapportons de phlegmon périlaryngé, et il n'y avait pas non plus d'atteinte même latente des cartilages laryngés. L'observation très instructive de WORMS nous montre néanmoins la symptomatologie très voisine des deux affections.

Une seconde observation présentée par MOULONGUET et CHAUSSÉ à la Société d'oto-rhino-laryngologie en 1929 est non moins intéressante par sa symptomatologie très voisine des phlegmons périlaryngés d'origine pharyngo-laryngée.

« La malade que nous vous présentons aujourd'hui, âgée de 35 ans, enceinte de 6 mois, a vu ses accidents débiter le 18 mars; ce jour-là, elle fit un peu de température avec enchifrènement, toux et légère expectoration, symptômes que l'on attribue à une grippe. Dans la soirée, la température monte à 38° 5 et la malade ressentit une certaine dysphagie à siège laryngé en même temps que la voix s'enrouait.

Les jours suivants, ces symptômes augmentèrent d'intensité.

Le 22 mars, à notre premier examen, nous constatons un léger gonflement des tissus pré-laryngiens et latéro-laryngiens droits. La palpation décèle une infiltration de ces régions, les cartilages thyroïde et cricoïde empâtés ne laissent pas préciser leur relief, d'autant que cette exploration est très douloureuse. La dysphonie et la dysphagie sont très marquées. La laryngoscopie difficile permet d'apercevoir une glotte normale, mais il est impossible d'examiner la sous-glotte. On institue comme traitement des compresses chaudes et des fumigations.

Le 25 mars, l'état fonctionnel est sans changement, l'empatement qui était surtout latéro-laryngien tend à devenir médian, pré-laryngé.

A la laryngoscopie, cordes à peine rosées, non infiltrées et mobiles, s'affrontant bien sur la ligne médiane; pendant l'inspiration au moment où les cordes s'écartent, on aperçoit au-dessous d'elles une masse rouge, lisse, de forme régulière triangulaire à base antérieure insérée au niveau de la commissure antérieure, à sommet postérieur saillant dans la lumière trachéale jusqu'à moitié longueur des cordes vocales environ; sur le sommet une goutte de pus qui ne s'en va pas pendant les efforts d'expectoration.

On pratique une série d'injections de vaccin de Bruschetti.

Le 30 mars, les phénomènes fonctionnels s'améliorent, la température revient à la normale; l'infiltration périlaryngée diminue. L'examen laryngoscopique montre que la saillie sous-glottique antérieure ne prédomine pas davantage en arrière dans la lumière de la trachée; mais la tuméfaction semble avoir tendance à envahir les parois latérales de la cavité laryngée et l'on constate une infiltration sous-glottique latérale réalisant l'aspect classique de certaines syphilis. Un Wasserman fait à ce moment est négatif.

Le 3 avril, on constate une régression nette de la tuméfaction endolaryngée sous-glottique latérale; la saillie triangulaire antérieure elle-même est fortement réduite de volume et la muqueuse qui la recouvre prend un aspect ridé.

Le 13 avril, tout est rentré dans l'ordre; la palpation extérieure du larynx ne révèle aucune anomalie; au niveau de la commissure antérieure sous-glottique la muqueuse est légèrement épaissie et rougeâtre.

Le diagnostic de périchondrite aiguë primitive du larynx est donc devenu évident et cette malade est guérie sans que l'on ait observé dans ses expectorations de séquestres cartilagineux. »

Il s'agit ici de forme circonscrite, bénigne de périchondrite aiguë primitive du larynx. Celle-ci frappe le plus souvent le cartilage thyroïde, accessoirement le cricoïde. A l'examen, on trouve :

- au niveau du cou un empâtement douloureux périlaryngé;
- à l'examen laryngoscopique, un très léger gonflement de la commissure antérieure et des gouttières pharyngo-laryngées si on est en présence de chondrite thyroïdienne.

L'évolution est possible de 3 manières (CANUYT) :

ou bien la maladie tourne court, comme c'est le cas dans l'observation précédente,

ou bien il y a production d'un abcès à la face antérieure du cou et l'on conçoit la difficulté de diagnostic d'avec les phlegmons cervicaux que nous étudions,

ou bien, le cas est fréquent, il y a nécrose cartilagineuse et élimination d'une séquestre soit à l'ouverture de l'abcès, soit dans l'expectoration.

Pour la seconde éventualité, citons le cas de périchondrite laryngée aiguë primitive observée dans le service de MOURE et rapportée en 1920 par LAVIELLE, la périchondrite apparut 3 jours après un début de grippe; la suppuration s'extériorisa en avant et on trouva du staphylocoque dans le pus.

La radiographie et la tomographie du larynx seraient peut-être utiles pour affirmer dans ces cas l'atteinte des cartilages laryngés démontrée le plus souvent par l'évolution.

Comme conclusion à cette étude diagnostique des phlegmons périlaryngés d'origine pharyngo-laryngée, il apparaît que ceux-ci constituent une affection bien individualisée, caractérisée par :

1° Son origine pharyngo-laryngée manifeste;

2° Une symptomatologie bien particulière, à savoir l'association de signes extérieurs cervicaux du type phlegmonneux et de signes endolaryngés du type « œdème de la margelle laryngée », et de symptômes pharyngiens;

3° Une évolution vers la guérison sans qu'il n'y ait d'atteinte des cartilages laryngés.

V

THÉRAPEUTIQUE

Elle est simple, d'autant qu'il n'est pas nécessaire de se hâter.

S'il n'y a pas d'abcès collecté, thérapeutique exclusivement médicale :

désinfection du pharynx, inhalations;

pulvérisations laryngées;

compresses humides en application locale;

vaccination : soit propidon, soit vaccin polyvalent moins violent;

surveillance des symptômes en particulier laryngés.

Par contre, s'il existe une fluctuation, même minime, mais nette, localisée en un point, il faut inciser.

Sous anesthésie locale, on pratique soit une incision pré-laryngée médiane verticale, soit une incision le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien si la collection apparaît plutôt latérale. En se rappelant que la collection purulente est profonde par rapport au plan du sterno-cléïdo-mastoïdien, on introduit, dès qu'il y a issue de pus, une sonde

cannelée ou l'extrémité d'une pince de KOCHER fermée pour reconnaître une fusée purulente dans l'espace latéro-pharyngien, ou vers la région sous-maxillaire, ou ailleurs. On draine soit avec des faisceaux de crins dont on diminue progressivement la longueur les jours suivants, soit avec des mèches imbibées de sérum antigangréneux dans la cavité de l'abcès, en adjoignant des injections de sérum antigangréneux quotidiennes comme thérapeutique générale.

On n'a pas actuellement d'expérience au sujet de l'efficacité soit de la vaccination antistaphylococcique par l'anatoxine si le staphylocoque est en cause, soit de la sulfamidothérapie dans l'ensemble de ces cas.

En résumé, la thérapeutique si simple des phlegmons cervicaux périlaryngés d'origine pharyngo-laryngée s'oppose à celle des suppurations péripharyngo-laryngées où la discussion des voies d'abord notamment constitue un problème délicat.

CONCLUSIONS

1° Les phlegmons cervicaux périlaryngés d'origine pharyngo-laryngée sont définis au point de vue anatomo-clinique par la triade symptomatique suivante :

a) Existence d'une inflammation ou suppuration cervicale développée en avant ou sur les côtés du larynx, symptôme souvent dominant au début.

b) Coexistence d'une atteinte endolaryngée, cette atteinte laryngée consistant en œdème de la margelle laryngée (replis aryéno-épiglottiques et aryénoïdes).

c) Atteinte pharyngée souvent plus discrète.

2° Au point de vue anatomique, ils sont profonds par rapport au plan du sterno-cléido-mastoïdien, superficiels par rapport à la membrane thyro-hyoïdienne et respectant la gaine des vaisseaux.

3° Au point de vue étiologique, ils sont d'origine pharyngo-laryngée, le plus souvent consécutifs à une angine grippale d'apparence banale.

4° Au point de vue clinique et évolutif, ils se présentent sous deux aspects bien différents :

l'abcès aigu circonscrit;

le phlegmon ligneux d'évolution subaiguë.

5° Cette affection se distingue nettement d'affections voisines, notamment des suppurations péripharyngo-laryngées. Cependant leur diagnostic reste délicat, notamment d'avec les périchondrites primitives aiguës; une différence essentielle les sépare cependant de ces dernières affections; il n'y a jamais d'atteinte des cartilages laryngés dans les phlegmons périlaryngés d'origine pharyngo-laryngée.

6° La thérapeutique de cette affection est simple, traitement médical d'attente : incision dès qu'un point de fluctuation, même minime, mais net, apparaît.

7° L'évolution et le pronostic sont en règle favorable, l'affection ne comportant par elle-même ni complications ni séquelles.

Vu

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu*

Le Président de la Thèse :
LENORMANT

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
CARCOPINO

BIBLIOGRAPHIE

- ARDOUIN. — Adénopathie préaryngée tuberculeuse. (*Ann. O. R. L.* 1933, p. 1048.)
- BUNEAU. — Collection suppurée latéropharyngienne avec immobilisation de l'aryténoïde droit. (*Ann. O. R. L.* 1927, p. 1236.)
- CANNUYT. — Maladies du larynx. Clinique et thérapeutique, Masson, 1939.
- CANNUYT et DAULL. — Les phlegmons de la loge amygdalienne, diagnostic et traitement. Masson, 1934.
- COLLET. — Adénopathies du ganglion de POIRIER. (*Ann. O. R. L.* 1938, p. 577.)
- FORSCHNER. — Abscess du larynx. (Résumé in *Ann. O. R. L.* 1931.)
- GOVY. — Abscess multiples du pharynx, phlegmon laryngé consécutif à une périamygdalite phlegmonneuse. (*Ann. O. R. L.* 1925, p. 620.)
- ILL. — Kyste suppuré du canal thyro-glosse. (*Ann. O. R. L.* 1938.)
- KERMAN (John D.) et SCHUGT (Henri-P.). — L'abscess laryngé primitif sous-muqueux. (*Archives of otolaryngology*, Chicago, janvier 1933.)

- LAPOUGE. — Complications ganglionnaires cervicales de la grippe. (*Ann. O. R. L.* 1934, p. 182.)
- LAURENS. — L'oto-rhino-laryngologie du praticien Mason.
- LEMIERRE, REILLY et LAPORTE. — Phlegmon gangréneux-cervical consécutif à un abcès amygdalien. (*Ann. O. R. L.* 1939, p. 903.)
- PIQUET. — Phlegmon gangréneux du cou à marche subaiguë. (*Ann. O. R. L.* 1935.)
- PIQUET et COUMOUMA. — La voie d'accès endopharyngée dans la chirurgie des espaces latéropharyngiens. (*Ann. O. R. L.* 1933, p. 1401.)
- MOULONGUET et CHAUSSÉ. — Périchondrite aiguë primitive (*Ann. O. R. L.* 1929.)
- MOULONGUET et DONIOL. — Phlegmon ligneux du cou avec poussée d'œdème de la glotte et de la luette. (*Ann. O. R. L.* 1931, p. 561.)
- POIRIER. — Anatomie.
- POIRIER et PICQUE. — Anatomie chirurgicale de la région hyothyro-épiglottique. (*Revue de chirurgie* 1907.)
- QUIRET. — Laryngites et périlaryngites phlegmonneuses. (Thèse de Paris 1927, n° 364.)
- TRUFFERT. — Le cou. Les aponévroses. Les loges. (Arnotte, 1922.)
- TRUFFERT et VIELA. — Les suppurations péripharyngo-laryngées. (Société française d'oto-rhino-laryngologie. Congrès de 1934, Chantenay.)

ROUVIÈRE. — Lymphatiques. (Masson.)

RÉMY-NÉRIS. — Le tractus thyro-glosse. (Thèse de Paris 1929.)

TETERA. — Phlegmons laryngés. (*Casopis lekaru ceskych* 1935.)

WORMS. — Phlegmon ligneux du cou et perichondrite syphilitique du cartilage thyroïde. (*Ann. O. R. L.* 1935, p. 188.)

WALDAPFEL. — Absès ganglionnaires parapharyngés post-angineux. (*Practica otolaryngologica*, Bâle, 1939.)

R. FOULON IMPRIMEUR
29, Rue Deparcieux, PARIS XIV^e
